



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19



Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 1 de 33

GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA DISFAGIA

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|--------|---|---|---|
| Puesto | Jefatura Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglucion | Jefatura de División de Terapia de Comunicación Humana | Subdirección de Audiología, Foniatria y Patologia del Lenguaje |
| Firma | | | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 2 de 33 | |

1 Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención y aplicar metodologías, estrategias y técnicas para que el paciente pueda acceder al proceso prensión del alimento, trituración, en salivación, formación del bolo alimenticio y deglución para llevar a cabo los mecanismos de seguridad y eficacia, en las alteraciones de disfagia.

2 Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal del Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

3 Responsabilidades

- **Directora:**

- ✓ Verificar el cumplimiento del procedimiento
- ✓ Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo

- **Subdirector:**

- ✓ Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- ✓ Brindar los recursos necesarios.

- **Jefe de Servicio:**



- ✓ Elaborar la guía del padecimiento
- ✓ Supervisar el cumplimiento de la misma
- ✓ Procurar el cumplimiento de la misma

- **Licenciado Terapeuta Adscrito:**

- ✓ Ejecutar la guía
- ✓ Participar en la revisión

4 Políticas de operación y normas Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 3 de 33 | |

5. Definición DISFAGIA

La disfagia se define como un trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el esófago, la alteración incluye un retraso o falta de transferencia del bolo o un error en la dirección y paso de la vía aérea, también puede deberse a aspectos de tipo cognitivo relacionados con el reconocimiento de comer, reconocimiento visual de la comida y todas las respuestas fisiológica al olfato y presencia de comida con la salivación.

La disfagia puede tener un origen funcional como sería una alteración neurológicas o mecánico, también puede ser secundario a factores iatrogénicos como la presencia de las cánulas traqueotomía o ciertos fármacos.



La disfagia puede darse por el debilitamiento de la musculatura oral, laríngea o faríngea ocasionando una falta de sinergia en los procesos masticatorios y de deglución, secundarios a las alteraciones neurológicas principales. Como consecuencia de alteraciones neurológicas: Accidente Vascular Cerebral, Traumatismo Cerebral, Parálisis Cerebral, Parkinson y Alzheimer. El cuadro de la disfagia es la dificultad en el movimiento de la lengua, impulsando el alimento para atrás, elevación de la laringe cerrando la parte aérea provocando desgarros y aspiraciones.

La disfagia orofaríngea puede causar desnutrición hasta en 1/3 de los pacientes que la padecen, como consecuencia de alteraciones en la eficacia del transporte del bolo, y ocasionar alteraciones en la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones) hasta en 2/3 de los pacientes que la presentan, con un elevado riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias. En enfermos neurológicos, ancianos o personas institucionalizadas, su prevalencia puede oscilar entre un 30% y un 60%, con grados de severidad variables que pueden llegar a hacer necesaria una alimentación no-oral. Se la relaciona además con mayor discapacidad, estancias hospitalarias prolongadas y mayor mortalidad, por lo que parece necesario realizar un análisis de los métodos actuales para emitir un diagnóstico precoz y fiable que permita poner en marcha tratamientos eficaces que ayuden al clínico a evitar las complicaciones, tanto nutricionales como respiratorias.

El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, pero la deglución tiene dos características: la eficacia de la deglución, que es la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarias para mantener una adecuada nutrición e hidratación y, la seguridad de la deglución, que es la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

5.1 Fisiopatología

Las alteraciones estructurales condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos, laríngeos y esofágicos, osteofitos cervicales y estenosis postquirúrgicas o radioterápicas.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 4 de 33 |

Receptores que determinan la deglución:

- Quimiorreceptores Gustativos. De líquido de agua.
- Mécanorreceptores de adaptación lenta son tónicos y su información va al centro de la deglución y este desencadena la respuesta de la deglución, inhibe el centro de la masticación.
- Mécanorreceptores de adaptación rápida son fásicos, y se estimulan frente a alimentos de gran tamaño, su información va al centro de la masticación donde se desencadena respuesta masticatoria. Inhibe al centro de la masticación.

Vías aferentes de la deglución:



- Nervio Laringeo Superior → su rama sensitiva, siempre que es estimulada genera la deglución.
- Nervio Glossofaríngeo → Se dice que facilita la deglución, ya que no siempre que es estimulado produce deglución.
- Nervio Trigémino → Su estimulación desencadena la deglución sólo cuando se estimulan los mécanorreceptores tónicos.

6. Diagnostico

6.1 Cuadro Clínico

Los síntomas de la disfagia son:

- Alteraciones en la prensión del alimento.
- Dificultades en la trituración e insalivación.
- Alteraciones en la formación del bolo alimenticio.
- Sialorrea.
- Acumulación del alimento en la boca.
- Atragantamiento o regurgitación nasofaríngea.
- Tos, carraspeo, atoro, episodios de sofocación.
- Cambios en la calidad de la voz. disfonía, afonía, voz húmeda.
- Sensación de obstrucción del alimento a cualquier nivel del tracto alimentario.
- Deglución dolorosa.
- Dificultades en la coordinación de la deglución y respiración.
- Alteraciones del trigémino V: Dificultades propioceptivas de músculos mandibulares y encías.
- Dificultades del facial VII: Alteraciones sensitivo-gustativas, motor del elevador del hioides y músculos de expresión.
- Alteraciones del glossofaríngeo IX: Dificultades sensitivas de papilas linguales, motor de músculos estilofaríngeos.
- Alteraciones del vago X: Anomalías del aspecto motor de músculos del paladar, faríngeos y laríngeos.
- Alteraciones del hipogloso XII: Motor de músculos intrínsecos de la lengua, sensitivo papilas linguales.
- Sensación de cuerpo extraño, Vómito.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 5 de 33 |

6.1.2 Enumeramos las posibles diferencias o atipias que se pueden encontrar con respecto a la deglución normal:

6.1.2.1 Contracción de los labios:

La contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando así el escape de alimentos.

6.1.2.2 Escape de alimentos:

Si el sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de alimentos de la boca. Es fácilmente evidenciar ese escape pidiendo al niño que trague un sorbo de agua al tiempo que mantiene la mirada baja y el cuello flexionado hacia delante ("como mirando los zapatos")

6.1.2.3 Falta de contracción de maseteros:

En el caso de la deglución normal, al iniciar de la fase oral la mandíbula asciende por contracción de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos y la lengua se fija a la arcada dentaria. Cuando se ha producido este anclaje de la lengua la contracción cede; si no fuese así, la deglución se vería entorpecida. Por lo tanto, solo es posible detectar brevemente la contracción de los maseteros en el inicio de la fase oral normal y no durante la fase propiamente de deglución o fase faríngea. Además esta contracción es inexistente al deglutir líquidos de forma continua y tanto más activa con sólidos más densos. Algunos autores consideran la falta de contracción de los maseteros un rasgo de atipia: la lengua se fija en posición baja y por tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.

6.1.2.4 Contracción del mentón:

Se aprecia en oclusiones clase II con overjet y debe interpretarse como un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de alimentos semejante al que hemos comentado en el caso de la contracción del orbicular de los labios. Se asocia también con un movimiento excesivo y contracción del labio inferior que busca alcanzar al superior que queda alejado como consecuencia de la oclusión y el overjet.



6.1.2.5 Movimientos del cuello:

En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación.

Si el bolo está mal formado o los alimentos no están bien triturados, es demasiado grande o no está bien insalivado, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello y extensión de la nuca. Este problema debe considerarse aparte de la deglución atípica ya que es una adaptación a la mala masticación.

6.1.2.6 Ruidos al tragar:

Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 6 de 33 |

6.1.2.7 Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución:

Este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca.

6.2 Evaluación

Los procedimientos diagnósticos de la disfagia orofaríngea se hacen a través de una identificación de las anomalías o alteraciones anatómicas y fisiológicas que están ocasionando las dificultades para masticar y/o deglutir, es importante también valorar los mecanismos y procedimientos terapéuticos más eficaces para el paciente, que permitan compensar las alteraciones deglutorias. Es de suma importancia hacer una buena exploración clínica.

La exploración clínica de la deglución deberá hacerse mediante una buena historia clínica médica, alimenticia, un examen físico de la anatomía oral, funcional orofaríngea y una evaluación observacional de la función deglutoria.

El objetivo de una buena exploración nos permitirá identificar los riesgos de aspiración, los síntomas y signos, los procesos que presenta el paciente, la eficacia del proceso deglutorio.

7. Tratamiento

7.1 Tratamiento Rehabilitatorio

El objetivo de la rehabilitación de la disfagia es reducir la morbi-mortalidad asociada a las infecciones respiratorias, mejorar el estado nutricional e intentar conseguir que el paciente retorne o mantenga una dieta normal, además de favorecer el tono muscular y la movilidad neuromuscular de los órganos que intervienen en la fonoarticulación.

7.2 Recomendaciones y Evidencias

7.2.1 Recomendaciones nutricionales:



- Dieta oral. Hay que especificar la consistencia sólida y líquida más adecuada.
- Nutrición no oral: parenteral o enteral.
- Alimentación terapéutica. En este caso hay que decidir la cantidad a administrar y su frecuencia.

7.2.2 Recomendaciones posturales:

- Sedestación con flexión de caderas a 90° durante la comida y mantener esta posición durante 30 minutos a 1 hora después, para evitar reflujo gastroesofágico.
- Definir la maniobra postural a utilizar si se considera preciso.

7.2.3 Recomendaciones para la alimentación:

- Cantidad de bolus permitido.
- Colocación posterior del bolo.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 7 de 33 |

- Repetir deglución.
- Deglución forzada.
- Alternar degluciones sólidas con líquidas.

7.2.4 Estrategias terapéuticas:

- Estimulación térmica-táctil.
- Maniobras deglutorias.
- Ejercicios de retracción de la base de la lengua.
- Ejercicios de manipulación del bolo.
- Praxias orales.

7.2.3 Recomendaciones generales para una deglución segura:



- Sedestación con caderas flexionadas a 90°.
- Bolos de comida pequeños.
- Retirar uso de popotes.
- Descansar entre bocados.
- Mantener sedestación durante 30 a 60 minutos tras la comida.
- No hablar mientras se come.
- Evitar las distracciones.

7.2.4 Recomendaciones generales para pacientes con alteraciones cognitivas:

- Dar un bolo de comida cada vez, no mezclar gustos ni consistencias.
- Minimizar las distracciones.
- Colocar al paciente en la posición de sedestación más óptima.
- Retirar el cuchillo de su alcance.
- Verter los líquidos en vasos.
- Destapar los platos, si se presentan cubiertos en una bandeja.
- Dar al paciente el primer bocado de comida para estimular la autoalimentación.
- Cortar los alimentos con el tamaño adecuado de un bocado.
- Evitar comida muy caliente, el paciente puede quemarse.
- Supervisar la actividad de comer.
- Valorar cualquier signo o síntoma de disfagia.

7.2.5 Eficacia del tratamiento:



- Situación cognitiva.
- Historia de la disfagia.
- Historia del tratamiento.
- Tiempo total de tratamiento.
- Terapia de mantenimiento.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 8 de 33 |



7.2.6 RECOMENDACIONES Y EVIDENCIAS

7.2.6.1 RECOMENDACIONES

| GRADOS | RECOMENDACIONES | REFERENCIA |
|---|--|---|
| B | A todos los pacientes con EVC se les deberán aplicar una valoración de deglución completa tan pronto como sea posible, dentro de las 24 horas de la admisión hospitalaria. | Recomendaciones basadas en el consenso (GPP) |
| ✓ R | Deberá ponerse atención a la revisión y tratamiento de la seguridad y eficacia de la deglución para reducir al mínimo el riesgo de aspiración | Horstink M., Tolosa E. (2006). |
| B | El reflejo nauseoso un síntoma importante para la disfagia y NO debe ser utilizado como una herramienta de detección. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Martino et al, 2000 ➤ Perry & Love, 2001 |
| B | Los pacientes deben ser examinados en la deglución antes de administrar alimentos, bebidas o medicamentos orales. El personal deberá estar capacitado. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Westergren, 2006 ➤ Ramsay et al, 2003 |
| B | Las estrategias compensatorias posturales y Maniobras deglutorias como estrategias de tratamiento, consistencias y volúmenes para evitar trastorno deglutorio. | Carnaby et al, 2006 |
| Uno o más de los métodos siguientes se pueden proporcionar para facilitar la resolución de la disfagia: | | |
| C | Terapia dirigida a grupos de músculos específicos (por ejemplo, la terapia de "Shaker") | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Shaker et al, 2002 ➤ Logemann, 2009 |
| C | La Termo-estimulación táctil | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lee lamanit et al, 2002 |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 9 de 33 |



| | | |
|----------|---|---|
| B | <p>"Los pacientes con disfagia deben tener un programa rehabilitatorio de la deglución orofaríngea que incluya ejercicios de restauración, además de técnicas compensatorias y modificación de la dieta"</p> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). |
| C | <p>"El Terapeuta de Lenguaje proporcionará terapia para mantener y / o mejorar la función oromotora.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El tratamiento incluirá mejorar ❖ El rango de movimiento. ❖ La masticación y la deglución mediante ejercicios y la estimulación térmica y táctil. <p>Aunque esto puede estar contraindicado para pacientes con ciertas condiciones cardiacas y algunas enfermedades degenerativas "</p> | Taylor-Goh, S., ed. (2005). |
| B | <p>El tratamiento para la disfagia puede incluir terapia causal como el ejercicio por vía oral-motora y las metas o las instrucciones para comer y beber de manera segura.</p> | Hypopharyngeal Cancer (2007). |
| B | <p>Los pacientes con disfagia secundaria a un EVC deben tener un programa de rehabilitación que incluya uno o más de los siguientes técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estrategias compensatorias como: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales. • Maniobras de deglución. ➤ Las estrategias de restauración para mejorar la función motora oral (ejercicios de Shaker) ➤ Modificaciones sensoriales térmicas) <p>Modificación de la dieta (texturas: líquidos, sólidos).</p> | Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010). |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 10 de 33 |

| | | |
|----------|---|----------------------------|
| A | Los suplementos nutricionales se debe ofrecer a las personas con accidente cerebrovascular cuyo estado nutricional es pobre o deterioro | Milne et al (2006) |
| B | En los pacientes con disfagia se deben realizar recomendaciones dietéticas; adecuando la cantidad y la viscosidad de alimento para evitar aspiraciones. | Smith Hammond et al (2011) |
| B | Si el paciente tose al ingerir algún alimento o algún líquido se le debe alertar ya que puede estar presentando aspiraciones, se le debe realizar una evaluación detallada de la deglución. | Smith Hammond et al (2011) |
| B | Se recomienda el uso del oxímetro pues puede ayudar a detectar las aspiraciones silentes. | Taylor-Goh, S., ed. (2005) |

7.2.6.2 EVIDENCIAS

| NIVEL | DESCRIPCIÓN | REFERENCIA |
|----------------|---|--|
| Nivel 2 | Los ejercicios linguales pueden mejorar la deglución posterior. La rotación de la cabeza puede mejorar la función de la deglución en pacientes después del accidente cerebrovascular. | Teasell, R. W., Foley, N. C., et al. (2011). |
| Nivel 3 | Los autores encontraron pruebas de que los ejercicios de elevación de cabeza muestran mejoras en la fisiología de la deglución (excursión de la laringe y de diámetro anteroposterior de la apertura del esfínter esofágico superior) y la eliminación de los síntomas de disfagia. | Antunes, E. B., & Lunet, N. (2012). |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 11 de 33 | |



| | | |
|----------------|--|--|
| Nivel 2 | <p>El tratamiento incluirá los siguientes ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ejercicios de fortalecimiento motor oral, ejercicios de masticación ❖ Entrenamiento de la fuerza muscular durante la inspiración, ❖ Ejercicios orales y motores ❖ Estrategias de posicionamiento en combinación con la estimulación eléctrica y la estimulación táctil. <p>Los tratamientos mostraron resultados positivos y pueden ser considerados para la rehabilitación de la disfagia.</p> | <p>Van Hooren, M. R. A., Baijens, L. W. J., et al. (2014).</p> |
|----------------|--|--|

7.3 Estrategias compensatorias:

Características de la dieta, viscosidad y volumen del bolo alimenticio, este consiste en modificar la consistencia de alimentos y líquidos administrados a los pacientes con disfagia, a partir de los hallazgos obtenidos en la exploración clínica, en la nasoendoscopia y en la videofluroscopia. En general los alimentos de mayor consistencia previenen la aspiración mientras los líquidos finos la favorecen.

Existen diversas investigaciones que describen los cambios fisiológicos durante la deglución en la cual utilizan espesantes para los líquidos o algunas sustancias como los néctares, a medida que la viscosidad del bolo aumenta se desplaza más lentamente como respuesta al efecto de la compresión y la gravedad y requiere de una agilidad menor en el control motor es menos deformable y es menos probable que pase a la vía aérea en el caso de alteración en su cierre. En cuanto al volumen de bolo, los de menor tamaño son más seguros y tendrán menor riesgo de ser aspirados en el caso de incompetencia laríngea. Después de establecer si el origen está en la orofaringe o en el esófago y si es de naturaleza obstructiva o neuromuscular, se aplican las medidas terapéuticas que, desde el punto de vista de la rehabilitación puede incluir:

- Maniobras deglutorias y ejercicios de refuerzo de la musculatura.
- Cambios posturales de cabeza y cuello para redirigir el bolo alimenticio.
- Cambios en la medida del bolo y la consistencia de los alimentos.
- Estimulación sensitiva para favorecer el reflejo de Deglución.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 12 de 33 |

7.3.1 Maniobras Posturales

Estas pretenden modificar las dimensiones faríngeas y redirigir el flujo del bolo alimenticio. Así cambiar la dirección del bolo sin aumentar el esfuerzo realizado por el paciente, incluso pueden mejorar los tiempos de tránsito oral y faríngeo.

a.- Alteración observada en la videofluoroscopia:

Tránsito oral ineficaz por disminución de la propulsión posterior de la lengua

Postura a aplicar:

Cabeza atrás³⁷.

Motivo:

Utiliza la gravedad para limpiar la cavidad oral.

b.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Retraso en el disparo del reflejo faríngeo

Postura a aplicar:

Cabeza adelante

Motivo:

Ensancha la vallécula, estrecha la entrada de la vía aérea y empuja la epiglotis hacia atrás, con lo que previene que el bolo entre en la vía aérea

c.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Reducción del movimiento posterior de la lengua.

Residuo en vallécula

Postura a aplicar:

Cabeza adelante³³

Motivo:

Empuja la base de la lengua de la lengua. pared faríngea

d. - Alteración observada en la videofluoroscopia

Alteraciones unilaterales e la laringe, Aspiración durante la deglución.

Postura a aplicar:

Cabeza adelante ³³

Cabeza rotada hacia el lesionado²⁵.

Cabeza rotada hacia el lado lesionado ²⁵

Motivo:

Coloca la epiglotis en una posición más favorable para proteger la vía aérea.

e.- Alteración observada en la videofluoroscopia



Disminución del cierre laríngeo

Aspiración durante la deglución

Postura a aplicar

Cabeza rotada hacia el lado lesionado \pm 25

Cabeza adelante

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 13 de 33 | |

Motivo:

Aumenta el cierre de las CCVV al aplicarse una presión extrínseca sobre el cartílago tiroides

f.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Disminución de la contracción faríngea

Hay residuo por toda la faringe

Postura a aplicar:

Decúbito lateral^{28, 29.}

Motivo:

Elimina la gravedad sobre el residuo faríngeo

g.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Parálisis faríngea unilateral

Residuo en un lado de la faringe

Postura a aplicar:

Cabeza rotada hacia el lado lesionado²⁵

Motivo:

Elimina la zona lesionada del tránsito del bolo

h.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Disminución de la fuerza muscular oral y faríngea uni y homolateral

Residuo en boca y faringe homolateral

Postura a aplicar:

Flexión lateral de columna cervical hacia el lado más fuerte^{37.}

Motivo:

Dirige el bolo hacia el lado más fuerte utilizando la gravedad para controlar mejor este bolo.

i.- Alteración observada en la videofluoroscopia

Alteraciones en el funcionamiento del cricofaríngeo

Residuo en seno piriforme

Postura a aplicar:



Cabeza rotada²⁵

Motivo:

Estirar el cartílago cricoides hacia delante, lejos de la pared faríngea posterior, reduciendo así la presión de reposo en este (Esfínter Esofágico Superior).

7.3.2 Técnicas de Incremento sensorial

Existen estudios que sugieren que la deglución puede estimularse mediante el estímulo frío de los pilares faríngeos. Tienen como objetivo incrementar la sensación y alerta al sistema nervioso central previamente a la deglución. Están indicadas en apraxias deglutorias, retardo en el inicio de la fase oral, déficit sensitivo y retraso en disparo del reflejo deglutorio. Incluye la estimulación táctil, mediante presión de la cuchara sobre la lengua o gustativa sabores acidos y térmica mediante

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 14 de 33 |

estimulación con frío. El tamaño de viscosidad y textura del bolo alimenticio también pueden añadir una retroalimentación táctil o propioceptiva.

7.3.3 Estrategias terapéuticas

Pretenden mejorar la función de aspecto concreto de la deglución que están en parte bajo control voluntario. Requieren de la capacidad de aprendizaje y colaboración por parte del paciente, en la práctica esto excluirá una proporción significativa de pacientes con disfagia neurógena, incluyen maniobras deglutorias y ejercicios del control motor.

7.3.4 Maniobras Deglutorias

Su objetivo es mejorar la eficacia y seguridad de la deglución mediante el control voluntario sobre determinados aspectos de la deglución.

Estas maniobras exigen capacidad de seguir instrucciones secuenciadas y de realizar un esfuerzo muscular lo cual excluirá muchos pacientes con disfagia de etiología neurógena donde al paciente le fallen los niveles de alerta, conciencia, comprensión de instrucciones verbales. Pueden utilizarse durante la deglución, pero al mismo tiempo permiten ejercitar la musculatura deglutoria, con lo cual son un buen ejercicio muscular.

7.3.5 Deglución de Esfuerzo

Consiste en instruir al paciente en que degluta contrayendo tan fuerte como pueda todos los músculos deglutorios con esta maniobra se describe un aumento en la duración del contacto entre la base de la lengua y un incremento en la presión de propulsión faríngea.

7.3.6 Deglución supraglótica y supersupraglótica

Tiene como objetivo mejorar el cierre de la vía aérea, antes de que el bolo entre en la hipofaringe y mantener el cierre durante el tránsito hipofaríngeo. Esta indicado en las aspiración predeglutoria y durante la deglución.



En la deglución supraglótica el paciente aspira profundamente, aguanta la respiración mientras deglute y la deglución es seguida de tos voluntaria, con el objetivo de aclarar la laringe de restos alimenticios. En la super-supraglóticasa añade deglución de esfuerzo consiguiéndose además la constricción laríngea supraglótica suplementando el cierre glótico.

7.3.7 Maniobra de Mendelsohn

Su objetivo es mejorar la apertura del esfínter esofágico, superior, supone la contracción mantenida de la musculatura suprahiodea para mantener la elevación laríngea y favorecer la apertura del esfínter esofágico superior y el cierre de la vía aérea. Con esta maniobra mejora el vaciado faríngeo y se evita la aspiración postdeglución.

7.3.8 Ejercicios de control motor

Los ejercicios introducidos en los pacientes que presentan un trastorno de la deglución comprenden distintos ejercicios motores orales, como los centrados en la amplitud del movimiento para la lengua y las estructuras faríngeas (Logemann, 1998). Estos ejercicios se diseñaron para mejorar la fuerza, el movimiento, la conciencia y la coordinación muscular durante la deglución

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 15 de 33 | |

(Kramer y cols., 2007). Para ayudar a mejorar el tránsito oral, pueden realizarse ejercicios que faciliten la elevación y lateralización de la lengua. En estos casos, puede pedirse al paciente que realice ejercicios linguales muy específicos con el fin de mejorar el habla y la deglución (Logemann, 1998). También se le puede pedir que participe en ejercicios de resistencia de la lengua (empujar la lengua contra un depresor lingual o un palo de helado durante 1 segundo) y ejercicios de control del bolo (para permitir que el paciente aprenda a controlar o manipular los alimentos introducidos en la boca) (Logemann, 1998).

7.3.8.1 Ejercicio de Shaker

Para realizar el ejercicio de Shaker, se pide al paciente que se coloque en el suelo o en la cama y eleve la cabeza lo suficiente para verse los dedos de los pies. Esta posición se mantiene durante un minuto y, a continuación, el paciente descansa durante otro minuto. El ejercicio se repite tres veces. Después de esta secuencia, el paciente eleva la cabeza, se mira los dedos de los pies y baja la cabeza. Esta secuencia de elevar y bajar la cabeza se repite 30 veces. Se recomienda realizar el ejercicio de Shaker 3 veces al día durante un período de 6 semanas. Este ejercicio ha tenido éxito para mejorar el movimiento hiolaríngeo (Logemann, 2008; Shaker y cols., 1997; Shaker y cols., 2002).

Tienen como objetivo mejorar la fuerza y la movilidad de las estructuras implicadas en la deglución como serían labios, musculatura masticatoria, lengua, velo del paladar, laringe y cierre glótico. En cuanto a estos la mayor evidencia científica son los referidos por Shaker, consistentes en la potenciación isotónica e isométrica de la musculatura suprahióidea, encaminados a mejorar la apertura EES y reducir el residuo faríngeo postdeglutorio.

En relación a los ejercicios linguales, los estudios que analizan la efectividad de las potenciaciones de la musculatura lingual contra la resistencia, describen una mejoría de la fuerza y el volumen lingual. Entre ellos también cabe destacar el ejercicio descrito como maniobra de Masako que implica deglutir con la lengua cogida entre los dientes; con el objeto de potenciar el contacto lengua-faringe.



7.3.8.2 Ejercicios en la amplitud del movimiento para las estructuras faríngeas

Se pide al sujeto que se siente y que haga presión hacia abajo mientras aguanta la respiración. Este ejercicio no se recomienda en los pacientes que no tengan la presión arterial controlada (Logemann, 1998). Se recomienda realizar este ejercicio de 5 a 10 veces al día durante 5 minutos.

7.3.9 Praxias

Consisten en el entrenamiento de la movilidad, el tono y la sensibilidad de los órganos que intervienen en la deglución. Van dirigidos a mejorar las fases preparatoria y oral, al igual que la musculatura suprahióidea. Principalmente, se trata de realizar praxias orofaciales y de cuello que se deben ejercitar repetidamente con el objetivo de mejorar la fisiología de la deglución, pero también se recomienda trabajar combinándolas con estimulación de la sensibilidad y ejercicios de relajación.

Las praxias deben ir dirigidas a mejorar la movilidad, la fuerza, el tono y el recorrido muscular de:

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 16 de 33 |

- Labios, para intentar conseguir un sello labial competente, evitando que el alimento se derrame fuera de la boca.
- Lengua, órgano de relevante importancia para la deglución, ya que su adecuada movilidad y su fuerza favorecen la formación y el control del bolo, permiten la eficacia del sello glosopalatal y además es la encargada de propulsar el bolo hacia la hipofaringe. Por esto las praxias linguales deben ir dirigidas a mejorar la amplitud de movimiento, la resistencia y la fuerza, en especial la de propulsión.
- Otras praxias que no se pueden dejar de ejercitar, en función de la sintomatología, el control cefálico, el tono velar o la disfonía son aquellas que van dirigidas a mejorar la movilidad del maxilar, el velo del paladar y también las específicas para la aducción de las cuerdas vocales, que todos los terapeutas conocen y son capaces de enseñar a nuestros pacientes.

7.3.10 Técnicas de Biofeedback

Estas pueden utilizarse durante la terapia deglutoria hay programas con feedback visual IMG de superficie que permiten entrenar la función motora de labios, elevación laríngea, maniobras de Mendelsohn. La videoendoscopia también puede utilizarse para proporcionar biofeedback, observando el cierre de las cuerdas vocales antes de la deglución, siendo de gran utilidad para entrenar la deglución supraglótica.

7.3.11 Técnicas prácticas para desarrollar la sensibilidad oral y el tono muscular



Deberá tomar en cuenta las siguientes indicaciones para realizar los ejercicios:

- 7.3.11.1 No las ejecutes en el momento de la comida porque podría originar conductas adversativas en la relación con los alimentos.
- 7.3.11.2 Han de hacerse los ejercicios durante períodos de tiempo muy breves.
- 7.3.11.3 Cuéntale lo que le estás haciendo en cada etapa del ejercicio.
- 7.3.11.4 Asegúrate de que los dos se encuentran en una postura relajada y confortable.
- 7.3.11.5 Asegúrate de que el paciente mantiene una posición estable, está bien apoyado.
- 7.3.11.6 Eliminar todo elemento de distracción (TV, radio, otras personas).
- 7.3.11.7 Hacer pausas para dar tiempo a tragar la saliva que se le haya podido acumular.

7.3.12 Ejercicios

7.3.12.1 Si el paciente es muy sensible en las zonas próximas a su cara, prepárale antes de llegar a la cara. Para ello realiza gestos o presiones acariciando sus manos, sus brazos, sus hombros, el cuerpo y el cuello con un pañito algo rugoso (tipo toalla).

7.3.12.2 Con esos mismos movimientos firmes y ese mismo paño, empieza a frotar suavemente ambos lados de la cara, la frente, la mejilla, y vete avanzando gradualmente hacia el centro de la cara.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 17 de 33 | |

7.3.12.3 Aplicar un masaje a las mejillas con movimientos circulares, en especial alrededor de la lengua.

7.3.12.4 Con dos dedos, mantén cerrados el labio superior e inferior mediante una presión firme. Mantenlos así durante un par de minutos y suéltalos.

7.3.12.5 Con movimientos firmes, apoya hacia abajo en la zona entre la nariz y el labio superior, usando un dedo para empujar hacia arriba el labio inferior.

7.3.12.6 Con el pulgar y el índice, tira hacia abajo del labio superior, empezando por debajo de la nariz y siguiendo hacia el borde del labio superior pero sin llegar a tocarlo. Haz lo mismo con el labio inferior desde la barbilla hasta el labio. Si es preciso, sostén la mandíbula.

7.3.12.7 Presiona los labios manteniéndolos juntos, apretando un dedo índice debajo de la nariz y el otro por debajo del labio inferior; haz girar los dedos hacia los labios.

7.3.12.8 Introduce gradualmente sabores más fuertes en las comidas:

- Curry, salsas chinas, chips (con crema de alioli, vinagre, ketchup, etc.).
- Frutas y yogures ácidos o amargos (kiwi, limón, frutos del bosque, pomelo, fresa).
- Alimentos muy fríos (helados) y alimentos caliente.

7.3.12.9 Juguetes que estimulen los sentidos, anillos para morder con texturas diferentes.



7.3.13 Técnicas prácticas para desarrollar los movimientos de la mandíbula (Mentón) y de la lengua.

7.3.13.1 Cuando se le de comer al paciente con cuchara, colocar la comida en el centro de la lengua y presiona firmemente hacia abajo. Esto reducirá la salida o protrusión de la lengua que suele ocurrir durante la deglución (el acto de tragar la comida)

7.3.13.2 Conforme vaya reduciendo la protrusión de la lengua, colocar el alimento en los laterales de la boca, entre los dientes. Esto estimulará la masticación y los movimientos laterales de la lengua.

7.3.13.3 Para estimular la masticación y los movimientos laterales de la lengua:

- a) Para empezar, elija el momento en que el paciente se encuentra relajado.
- b) Inicialmente, no haga estos ejercicios durante las comidas.
- c) Utiliza objetos como son los anillos de dentición (con estrías, etc.).
- d) Coloca el objeto en la boca, entre los dientes, siguiendo la línea de la mandíbula y asegúrate de que está colocado de forma que no tensiona los labios. No lo pongas muy detrás para que no se atragante.
- e) Empezar por el lado mejor; después usa el otro.
- f) Si el paciente no lo mastica retíralo suavemente o empújalo hacia abajo.
- g) Cuando crea que su paciente tiene confianza en su habilidad para morder un objeto, haga lo mismo con alimentos. Empiece con alimentos que ya se disuelven (galletas, merengues, etc.). No olvidar de ir dando el volumen y viscosidad que haya recomendado el foniatra, ya que de

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 18 de 33 |

no ser así el paciente puede presentar aspiraciones, también ir supervisando los síntomas que presente el paciente durante el trabajo terapéutico.

- h) Si el paciente no es capaz de morder con sus dientes, rompe un trozo mientras intenta morderlo. Pero no le fuerce a tomar alimentos que su boca no sea capaz de manejarlos.
- i) Con el tiempo, introdúcele gradualmente alimentos más masticables y de acuerdo a las indicaciones de foniatría.

7.3.14 Técnicas prácticas para desarrollar los movimientos de los labios

7.2.14.1 Frente a un espejo, haga sonidos de “u-u-u” (como un fantasma, el viento) y de “i-i-i” (como un ratón), exagerando el movimiento de tus labios. Puedes pasar suavemente los labios desde una posición muy estirada (sonrisa) a una posición circular (dar un beso).

7.3.14.2 Pasar suavemente de la posición de sonrisa a la de beso.

7.3.14.3 Realizar ejercicios para dar la tonicidad en los labios.

7.3.14.4 Darle ejercicios de movilidad.

7.3.14.5 Realizarle ejercicios para fortalecer la musculatura labial.

7.3.15 Ejercicios de aducción de las cuerdas vocales:



Para mejorar el tono de voz y reducir el riesgo de aspiración, se pide al paciente que haga presión hacia abajo, con una mano apoyada en una silla, al tiempo que emite una voz clara. Este ejercicio se realiza 5 veces. A continuación, se le pide que diga “ah” 5 veces. También se recomienda repetir estos ejercicios 3 veces de forma sucesiva, de 5 a 10 veces al día durante 5 minutos. Si no se produce una mejoría significativa de la deglución al cabo de una semana, se puede pedir al paciente que intente levantar el asiento de una silla, mientras está sentado en ella, y que prolongue la fonación (Logemann, 1998). Este ejercicio se recomienda en las personas cuyas cuerdas vocales no logran cerrarse por completo (Kramer y cols., 2007).

7.3.16 Control de la epiglotis

Para otro ejercicio, comienza abriendo tu boca ampliamente. Exhala el aire de los pulmones, pero no permitas que nada de aire escape de tu boca. Si la epiglotis permanece cerrada, estarás exhalando contra una garganta cerrada y el aire no podrá escapar. Una vez que este ejercicio se vuelve familiar, desafíate a cambiar entre una epiglotis abierta y una cerrada. Exhala contra la garganta cerrada y después brevemente permite que pase aire antes de cerrarla de nuevo. Continúa esta secuencia varias veces. Mientras el aire fluye y se detiene consecutivamente, debes escuchar un ruido extraño que viene de tu garganta mientras la epiglotis se abre y cierra.

7.3.17 Estimulación termotáctil

La estimulación térmica o termotáctil se desarrolló para estimular el reflejo deglutorio de los pacientes que presentan deterioro neurológico (Lazzara y cols., 1986). En el procedimiento de estimulación termotáctil se pide al paciente que abra la boca y se aplica un espejo laríngeo frío en la base de los pilares del paladar. El espejo se mantiene en contacto con el pilar y se frota arriba y

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 19 de 33 |

abajo cinco veces. En los pacientes que hayan sufrido un contacto “traumático”, el procedimiento se hará en el lado normal (no dañado) de la boca (Logemann, 1998; pág. 212). La deglución faríngea no se desencadena en el momento de la estimulación, sino que su finalidad es aumentar la sensibilidad para la deglución en el sistema nervioso central. Se espera que, cuando el paciente intente deglutir, la deglución faríngea se desencadene más rápidamente (Logemann, 1998).



7.3.18 La modificación del volumen y de la velocidad Se utiliza como técnica compensatoria. En cuanto al volumen, en algunos pacientes se dispara el reflejo deglutorio faríngeo con más rapidez si se utilizan bolos grandes. En individuos con debilidad en la deglución faríngea que precisan dos o tres degluciones por bolo, la compensación será tan simple como dar bolos más pequeños a una velocidad menor para disminuir el riesgo de aspiración por acúmulo de comida en la faringe.

Las consistencias alimentarias sólidas se dividen en cuatro grupos atendiendo a su facilidad para ser masticadas; así de menor a mayor dificultad tenemos: puré, fácil masticación o blanda, normal con carne picada y dieta normal. Las consistencias líquidas también se dividen en cuatro grupos atendiendo a su viscosidad y de más a menos viscosas son: pudín, miel, néctar y agua o líquido

| Niveles de alimentos que deberán ser indicados por el médico tratante en base a los estudios previos | | |
|---|---|--|
| Puré | Puré homogéneo, cohesivo y sin grumos. No precisa de masticación. Distintas viscosidades en función de las necesidades del paciente | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puré de papas, pollo, carne, pescado, frutas, verduras ✓ Atoles ✓ Flan / Natillas ✓ Yogur |
| Néctar | Deja una fina capa en el recipiente que lo contiene. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Néctar de frutas ✓ Cremas de verduras más líquidas con cierto espesor. ✓ Líquidos no muy espesos, ni líquidos. |
| Líquidos | Alimentos líquidos, sin ningún tipo de espesor | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leche ✓ Agua |
| Miel | Deja una capa gruesa pegajosa. Cae muy despacio y goteando | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frutas trituradas casi pegajosas. ✓ Miel/Mermeladas ✓ Cremas |
| Pudding | No cae al verlo. Adopta la forma del recipiente. Se toma con cuchara | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gelatinas ✓ Líquidos espesos que adoptan la forma del recipiente- |
| Masticación muy fácil | Alimentos de textura blanda y jugosa que requieren ser mínimamente masticados. Alimentos que forman bolos con facilidad y blandos | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaguetis muy cocidos con salsa, cremas o mantequillas ✓ Filetes de pescado sin espinas y hervidos. ✓ Manzana o peras hervidas. |



| | | |
|--|---|---|
| Masticación fácil | Alimentos blandos y jugosos que pueden partirse con un tenedor. Los alimentos secos deben cocinarse o servirse con salsas espesas. Deben evitarse los que suponen un alto riesgo de atragantamiento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verduras cocidas. ✓ Papas cocidas ✓ Fruta madura ✓ Pescado al vapor con salsas |
| Normal | Cualquier tipo de alimento y textura. Incluyen alimentos de algo riesgo y atragantamiento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Chicharrón ✓ Frutos secos ✓ Texturas mixtas. |
| Alimentos con texturas difíciles o de riesgo | | |
| Dobles texturas | Mezclas de líquido y sólido (Sopas con pasta, verduras, carne o pescado, cereales con leche, yogures con trozo) | |
| Alimentos pegajosos | Pan dulce, chocolate, miel, caramelos masticables, plátano. | |
| Alimentos resbaladizos | Que se dispersan por la boca: guisantes, arroz, legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pastas | |
| Alimentos que desprenden agua al morderse | Melón, sandía, naranja, pera de agua | |
| Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca | Helados o gelatinas de baja estabilidad. | |
| Alimentos fibrosos | Piña, lechuga, apio, espárragos. | |
| Alimentos con pieles | Grumos, huesecitos, tendones y cartílagos; pescados con espina | |
| Alimentos con pieles o semillas | Frutas y vegetales que incluyen piel o semillas (mandarina, uvas, tomate, guisante, soja). | |
| Alimentos crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca | Tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan. | |
| Alimentos duros y secos | Pan con semillas o cereales, frutos secos. | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 21 de 33 | |

8. Evaluación de resultados

8.1 Cuantitativo

La Profesional en Comunicación Humana recibe al paciente con informe clínico el cual será un parámetro para analizar el tipo de tratamiento que se requiere, en base a esto aplicara una serie de valoraciones terapéuticas y entrevista clínica que servirán como base para establecer el plan rehabilitatorio, las revaloraciones se realizaran de pendiendo de la evolución y los parámetros establecidos en el informe clínico dado por el servicio de foniatría se emitirán informes posteriores con las recomendaciones a seguir, el terapeuta ira recopilando y establecerá un análisis entre lo esperado y lo alcanzado y sugerirá en el momento oportuno el alta para cuando se realice la siguiente revaloración médica.



8.2 Cualitativo

La Licenciada responsable elaborará la valoración inicial, y un informe de acuerdo a los resultados que observe en las áreas trabajadas, superadas y cuales están en progreso.

9 Criterios de Alta

Se considerará alta de terapia cuando el paciente al pasar a revaloración médica tenga todos los elementos que requiere para alcanzar los procesos habilitados, restablecidos, integrados o en vías de superación.

Al recibir el nuevo informe con las recomendaciones actuales en donde se contempla alta, La Licenciada encargada del caso dará las indicaciones finales para continuar el trabajo en casa.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 22 de 33 |

10. Anexos

VALORACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN

| |
|---|
| Nombre del Paciente |
| Edad |
| Ocupación |
| Domicilio |
| Teléfono |
| Fecha de Identificación del Daño |
| Fecha de Inicio de tratamiento |
| No. de Expediente |
| Diagnostico |
| Tiempo de Asistencia a Terapia |
| Nombre del Médico Tratante |
| Nombre de la Terapeuta |
| Fecha de Aplicación |
| Fechas de Revaloraciones |
| Que expectativas espera de la terapia de su familiar |
| Que expectativas espera de la terapia |

| Estado Neurológico del paciente | Descripción | | | |
|---------------------------------|--------------|---|---|---|
| | Evaluaciones | 1 | 2 | 3 |
| Estado de Alerta | | | | |



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 23 de 33

| | | | |
|--|--|--|--|
| Estado de Conciencia | | | |
| Sigue Instrucciones Verbales | | | |
| Estado Cognitivo del paciente. | | | |
| Alteraciones de pares craneales | | | |

| Tono Muscular y Postura | Descripción | | | |
|--|---------------------|----------|----------|----------|
| | Evaluaciones | 1 | 2 | 3 |
| Tono muscular del músculos de cuello | | | | |
| Tono muscular de la cara | | | | |
| Tono muscular de los órganos de cavidad oral. | | | | |
| Tono muscular pared faríngea. | | | | |
| Alteraciones de la Postura al ingerir alimentos | | | | |

| Tono, Movilidad, Fuerza y Simetría de los músculos | Descripción | | | |
|--|---------------------|----------|----------|----------|
| | Evaluaciones | 1 | 2 | 3 |
| Frontal Elevar cejas, arrugar frente, expresa sorpresa, atención y disgusto | | | | |
| Orbicular de los párpados Cierra orificio palpebral (guiñar). | | | | |



| | | | |
|--|--|--|--|
| Superciliar Frunce entrecejo | | | |
| Piramidal movimiento de la nariz <ul style="list-style-type: none"> • Transverso • Mirtiforme • Dilatador ampliador | | | |
| Orbicular de los labios Beso, succión, risa y canto. | | | |
| Buccinador Coloca el bolo en el dorso de la lengua, silbar o tocar flauta | | | |
| Elevador del labio superior Expresa llanto, alegría o dolor | | | |
| Canino Descubre el diente canino, expresa agresividad o ferocidad | | | |
| Cigomático mayor Separa comisuras labiales, sonreír. | | | |
| Cigomático menor Separa comisuras labiales, sonreír. | | | |
| Risorio santorini: Expresa fuerza o tensión. | | | |
| Triangular Expresa tristeza o discurso | | | |
| Cuadrado Enojo. | | | |
| Barba Arruga la barbilla Borla Levanta el mentón, expresa ironía. | | | |
| Masticadores: Mueven a la mandíbula, masticación, y habla. Temporal Eleva y retrae la mandíbula Masetero Eleva y protruye la Mandíbula Pterigoideo exterior Mueve mandíbula hacia delante y hacia los lados. Pterigoideo interior Eleva la mandíbula. | | | |



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 25 de 33

| RESPIRACIÓN | Descripción del Cuadro | | |
|--|------------------------|---|---|
| | Evaluaciones | 1 | 2 |
| Tipo de respiración | | | |
| Coordinación de la respiración con otras funciones | | | |
| Suficiencia de aire para llevar a cabo la función deglutoria | | | |
| Historia de la ventilación mecánica. | | | |
| Coordinación de la respiración y del proceso deglutorio | | | |
| Uso de la cánula | | | |
| Dificultad respiratoria | | | |
| Cuadros de neumonía | | | |
| Intubaciones | | | |
| Secreciones excesivas | | | |

| Método de Alimentación | Descripción | | |
|---|--------------|---|---|
| | Evaluaciones | 1 | 2 |
| Tipo de alimentación oral, nasogastrica, gastrostomía | | | |
| Tipo de Dieta | | | |
| Cantidad | | | |
| Tipo de Alimentos líquidos, néctar, pudin y sólidos | | | |
| Preferencia de alimentos | | | |
| Hábitos alimenticios | | | |



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 26 de 33

| | | | |
|--|--|--|--|
| En que contextos se da alteraciones deglutorias | | | |
| Reflujo gastroesofagico | | | |
| Prensión del alimento | | | |
| Mecanismo de deglución | | | |
| Grado y tipo de eficacia de la deglución | | | |
| Grado y tipo de seguridad de la deglución | | | |

| Fase preparatoria y Fase oral | Descripción | | |
|--|--------------------|----------|----------|
| Evaluaciones | 1 | 2 | 3 |
| Selle labial. | | | |
| Tipo de Succión | | | |
| Prensión del alimento | | | |
| Formación del bolo alimenticio | | | |
| Trituración | | | |
| Praxias Linguales. | | | |
| Movimiento maxilar y estado de la dentadura | | | |
| Sensibilidad de la boca en general. | | | |
| Selle velopalatino | | | |
| Producción de saliva. | | | |
| Formación del bolo | | | |
| Control del bolo con la lengua | | | |
| Selle glosopalatino | | | |



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19

Fecha:
DIC 20

Rev. 03

Hoja: 27 de 33

| | | | |
|---|--|--|--|
| Propulsión lingual | | | |
| Residuos orales | | | |
| Deglución fraccionada. | | | |
| Inicio de la deglución | | | |
| Aspiración pre-deglución. | | | |
| Contracción de los músculos del cuello | | | |

| Función faríngea y laríngea | Descripción | | |
|---|--------------------|----------|----------|
| Evaluaciones | 1 | 2 | 3 |
| Calidad de la voz | | | |
| Voz húmeda | | | |
| Voz ronca, tensa, estrangulante | | | |
| Aclara la voz | | | |
| Escala de tonos agudos y graves | | | |
| Capacidad para gritar | | | |
| Tiempo de Fonación | | | |
| Ascenso laríngeo durante la deglución indicador indirecto que se dispara el reflejo de deglución | | | |



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-19

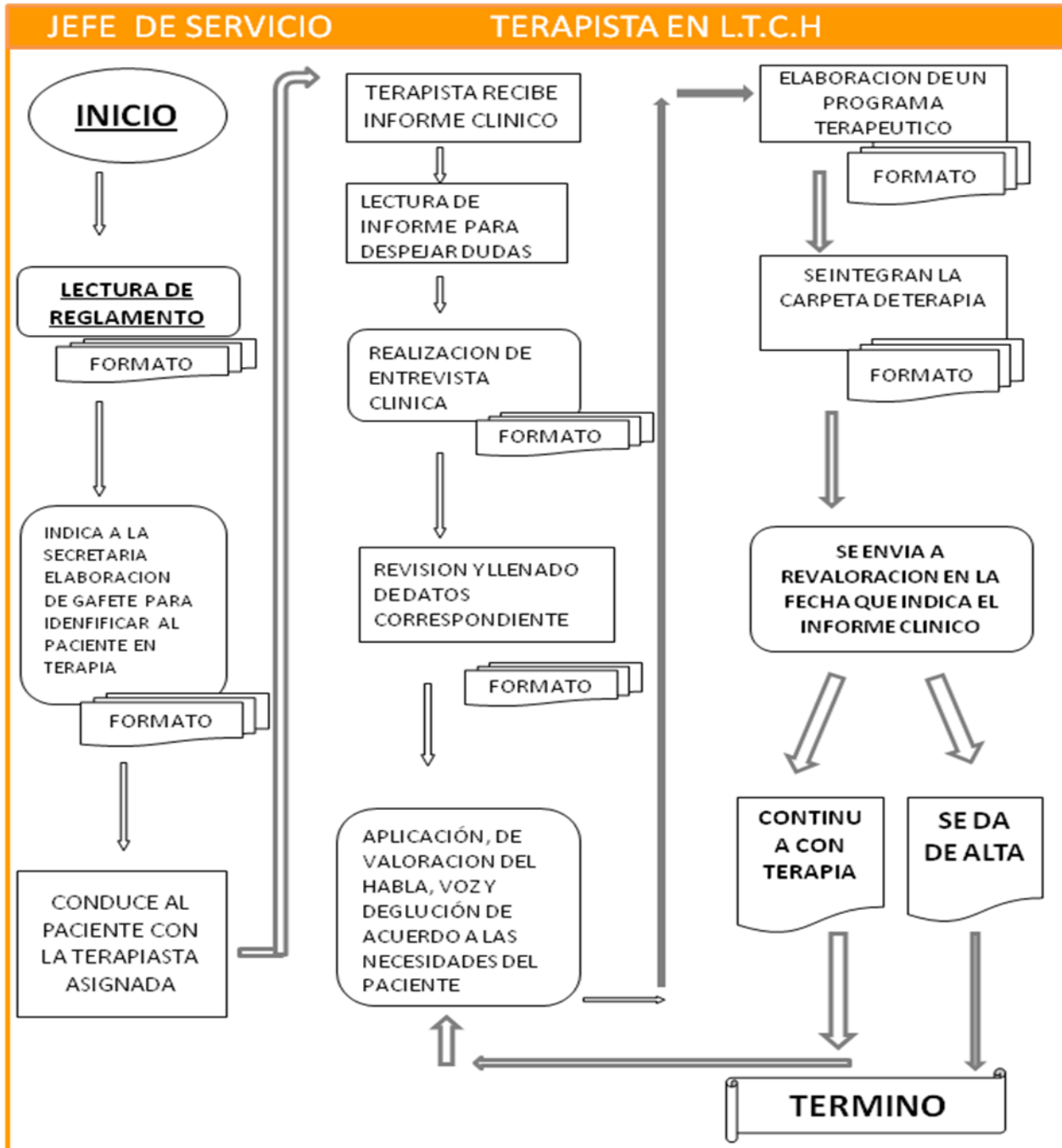
Fecha:
DIC 20



Rev. 03

Hoja: 28 de 33

| | | | |
|--|--|--|--|
| Fraccionamiento del bolo alteraciones en los movimientos de la parte posterior de la lengua | | | |
| Regurgitación nasal y/o oral | | | |
| Residuos en la cavidad oral | | | |
| Selle labial | | | |
| Disfunción en el control lingual | | | |
| Deglución fraccionada | | | |
| Retraso en el disparo de la deglución faríngea | | | |
| Cuadros de Tos, carraspeo, atoro, episodios de sofocación | | | |
| Cuadros de atragantamiento | | | |
| Dolor al deglutir | | | |
| Cambios de la voz | | | |
| Sensación de cuerpos extraños | | | |
| Deglución con ruidos | | | |



10.1 Flujograma





| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | Hoja: 30 de 33 | |

10.2 Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas



1. **Antunes, E. B., & Lunet, N.** Effects of the Head Lift Exercise on the Swallow Function: A Systematic Review *Gerodontology*, 29(4), 247-257. (2012).
2. **Aviv J, Kaplan S, Thomson J, Spitzer J, Diamond B, Close LG.** The safety of flexible endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing (FEESST): An analysis of 500 consecutive evaluations. *Dysphagia*; 15: 39-44. (2000).
3. **Bhalla A, Sankaralingam S, Dundas R, Swaminathan R, Wolfe CD, Rudd AG.** Influence of raised plasma osmolality on clinical outcome after acute stroke. *Stroke*. (2000).
4. **Best y Taylor.** “Bases fisiológicas de la práctica médica”. Ed 12. Ed Médica Panamericana, Madrid, (1993).
5. **Bradley, R.** “Fisiología oral”, Editorial Médica. Panamericana (1984).
6. **Buchholz D.** Neurogenic Dysphagia: What is the Cause When the Cause is not Obvious *Dysphagia*, 9, 245-255. (1994)
7. **Busto Barco, M^a Carmen:** Manual de logopedia escolar. C.E.P.E. (1995)
8. **Carnaby G, Hankey GJ, Pizzi J.** Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: A randomised controlled trial. *Lancet Neurol*, 5(1), 31–37. (2006).
9. **Challiner YC, Jarrett D, Hayward MJ, al-Jubouri MA, Julious SA.** A comparison of intravenous and subcutaneous hydration in elderly acute stroke patients. *Postgrad Med J*. (1994).
10. **Ciocon J, Silverstone F, Graver L.** “Trube feeding in elderly patients. Indications, benefits and complications”. *Arch Intern Med*; 148: 429-33. (1988).
11. **Clavé P, Arreola V.** “Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea”. Novartis Medical Nutrition, editor. Ref Type: Serial (Book, Monograph). (2006)
12. **Cook I, Karhilas P. AGA** “Technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*”; 116:455-78. (1999).
13. **De Grauw M.F. Lesstof : eet- drinkproblemen,** *Logopedie en Foniatrie*. 3, 79-83. (1995)
14. **Ferketic, Michelle M. y Gardner, Kirsten** “Orofacial Myology: Beyond tongue Thrust”. American Speech-Language-Hearing Association. (1994).
15. **Ganty G., Hallet D., Ketelaer P.** Traitement de la dysphagie haute. Rapport préliminaire. *Revue des Séminaires Belges de Réadaptation*, 3, 33-48. (1983)
16. **Groher M.E.** “Determination of the Risks and Benefits of Oral Feeding. *Dysphagia*”, 9 233-239(1994)
17. **Hale, S. Kellum, G. y Gross, A.** “Cranial facial structures: subtle differences”. ASHA. (1991).
18. **Hormann M, Pokieser P, Scharitzer M, Pumberger W, Memarsadeghi M, Partik B, et al.** Videofluoroscopy of deglutition in children after repair of esophageal atresia. *Acta Radiol*; 43: 507-510. (2002).
19. **Hodgkinson B, Evans D, Wood J.** Maintaining oral hydration in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. (2003)

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 31 de 33 |

20. **Horstink, M., Tolosa, E., et al.** National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Parkinson's disease: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2006) London (UK): Royal College of Physicians. (2006).
21. **Hypopharyngeal Cancer.** Association of Comprehensive Cancer Centres. (2007).
22. **J Robbins, SA Kays, Re Grangnon, Al Hewitt, Gentry LR. Taylor,** "Los efectos linguales en pacientes con accidente cerebrovascular con disfagia. AJ. Archa Phys Med Rehabil. (2007)
23. **Kelly J, Hunt BJ, Lewis RR, Swaminathan R, Moody A, Seed PT, Rudd A.** Dehydration and venous thromboembolism after acute stroke. QJM. (2004)
24. **Larry B. Goldstein, MD,** Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral Pharyngeal Dysphagia: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Carol A. Smith Hammond, (2006).
25. **Leder SB, Karas DE.** Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in the pediatric population. Laryngoscope; 110: 1132-1136 (2000).
26. **Leelamanit V, Limsakul C, Geater A.** (2002). Synchronized electrical stimulation in treating pharyngeal dysphagia. Laryngoscope, 112(12), 2204–2210.
27. **Logemann JA.** "Evaluation and treatment of swallowing disorders". 2nd ed. Austin, Texas: Pro-ed (1998)
28. **Logemann J. Dysphagia: "Evaluation and Treatment".** Folia Phoniatr Logop; 47: 121-129 (1995).
29. **Logemann JA, Rademaker A, Pauloski BR, et al.** A randomized study comparing the shaker exercise with traditional therapy: A preliminary study. Dysphagia, 24(4), 403–411. (2009).
30. **Logemann.** "Evaluation and treatment of swallowing disorders" Pro-ed, Austin Texas. (1983).
31. **Logemann, J. A.** Evaluation and treatment planning for the head-injured patient with oral intake disorders. J Head Trauma Rehabil, 4, 24-33. (1989).
32. **Logemann, J. A.** Noninvasive approaches to deglutitive aspiration. Dysphagia, 8, 331-333. (1993).
33. **Logemann, J. A.** Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. (2nd ed ed.) Austin, Texas: Pro-Ed. Logemann, J. A. (1999). Behavioral management for oropharyngeal dysphagia. Folia-Phoniatica-et-Logopedica, 51, 199-212. (1998).
34. **Logemann, J. A.** Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. hys. Med. Rehabil. Clin.N.Am., 19, 803-16, (2008).
35. **Logemann, J. A., Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., & Colangelo, L. A.** Super-supraglottic swallow in irradiated head and neck cancer patients. Head Neck, 19, 535-54. (1997).
36. **London (United Kingdom): Royal College of Physicians,** 4th Edition, 232 pages. Management of Patients with Stroke: Identification and Management of Dysphagia. A National Clinical Guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010).

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 32 de 33 |

37. **Lori Burkhead M., PhD, Christine M. Sapienza, PhD y John C. Rosenbek, PhD;** “Entrenamiento de Fortalecimiento ejercicio en la rehabilitación disfagia: principios, procedimientos y directrices para futuras investigaciones *disfagia*” 22:251-265 (2007)
38. **Martino R, Pron G, Diamant N.** Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: Insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia*, 15(1), 19–30. (2000).
39. **Martino R, Silver F, Teasell R, et al.** The toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST) development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40(2), 555–561. (2009).
40. **Mercado-Deane MG, Burton EM, Harlow SA, Glover AS, Deane DA, Guill MF, et al.** Swallowing dysfunction in infants less than 1 year of age. *Pediatr Radiol*; 31: 423-428 (2001).
41. **Milne AC, Avenell A, Potter J. (2006).** Meta-analysis: Protein and energy supplementation in older people. *Ann Intern Med*, 144(1), 37–48.
42. **National Institute for Health and Clinical Excellence** The guidelines Manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. [Documento Internet]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk> (2007).
43. **Ott DJ. Modified** barium swallow: clinical and radiographic correlation and relation to feeding recommendations. *Dysphagia*; 11: 187-190 (1996).
44. **Paula An Paula Andrea Henao Mejía, María Victoria Lopera Cañaveral, Olga Francisca Salazar Blanco, Paula Andrea Medina Piedrahíta, Olga Lucía Morales Múnica.** Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico de disfagia en niños latreia, vol. 22, núm. 2, junio, , pp. 169-179, (2009).
45. **Perry L, Love CP.** Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia*, 16(1), 7–18. (2001).
46. **Perry L, McLaren S.** Nutritional support in acute stroke: The impact of evidence-based guidelines. *Clin Nutr*, 22(3), 283–293. (2003).
47. **Perry L.** Eating and dietary intake in communication-impaired stroke survivors: A cohort study from acute-stage hospital admission to six months post-stroke. *Clin Nutr*, 23(6), 133 (2004).
48. **Queiroz Marchesan, Irene** Deglución-Diagnóstico y posibilidades terapéuticas. Obtenido en la red mundial en Enero: [http://www.cefac.br/\(2002\)](http://www.cefac.br/(2002)). (2002)
49. **Rabadi MH, Coar PL, Lukin M, et al.** Intensive nutritional supplements can improve outcomes in stroke rehabilitation. *Neurology*, 71(23), 1856–61.3–1343. (2008).
50. **RCSLT Clinical Guidelines.** Bicester, Speechmark Publishing Ltd.
51. **Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L.** Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34(5), 1252–1257. (2003).
52. **Royal College of Physicians Trusts Funds; Stroke Association (UK); British Association of Stroke Physicians.** National Clinical Guidelines for Stroke. Intercollegiate Stroke Working Party (2012).
53. **Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.8 Disorders of Feeding, Eating, Drinking & Swallowing (Dysphagia)** Taylor-Goh, S., ed. (2005).

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
|  | MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015 |  | Código: MG-SAF-19 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Fecha: DIC 20 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE | | Rev. 03 |
| | | | Hoja: 33 de 33 |

54. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network.** A guideline developer's handbook (SIGN Guideline). Edinburgh. [Documento Internet]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html> (2008).
55. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN),** Edinburgh SIGN Publication No. 119, 49 pág. (2010).
56. **Segovia ML.** “Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología”. Ed. Médica Panamericana- Segunda edición (1988).
57. **Shaker R., Easterling C., Kern M., Nitschke T., Massey B., Daniels S., Grande B., Kazandjian M, Dikeman K.** Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology.* May;122(5):1314-21. (2002).
58. **Smith Hammond Carol A., Larry B. Goldstein, Ron D. Horner, Jun Ying, Linda Gray, Leslie González-Rothi and Donald C.Bolser.** Predicting Aspiration in Patients With Ischemic Stroke Comparasion of clinical Sings and Aerodynamic Measure of Voluntary Cough PMC, (2011)
59. **Taylor-Goh, S.,** Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.8 Disorders of Feeding, Eating, Drinking & Swallowing (Dysphagia) ed. (2005).
60. **Teasell, R. W., Foley, N. C., & Salter, K.** *Evidence-based review of stroke rehabilitation* (14th ed.) (2011).
61. **Van Hooren, M. R. A., Baijens, L. W. J., et al.** Treatment Effects for Dysphagia in Parkinson’s Disease: A Systematic Review. *Parkinsonism & Related Disorders.* (2014).
62. **Westergren A.** Detection of eating difficulties after stroke: A systematic review. *International Nursing Review,* 53(2), 143–149. (2006).
63. **Whelan K.** Inadequate fluid intakes in dysphagic acute stroke. *Clin Nutr.* Oct;20(5):423-8. (2001).
64. **Zambrana Toledo Gozález, Nidia y Dalva Lopes** “Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial”. Masson. (1998).

11. Control de cambios

| Revisión | Descripción del cambio | Fecha |
|----------|---|--------|
| 01 | Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido | JUN 15 |
| 02 | Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015. Actualización | MAY 18 |
| 03 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 |
| | | |